

DOI 10.37800/RM2021-1-2

УДК 618.3

МРПТИ 76.29.48

SOME QUESTIONS OF THE ORGANIZATION OF OBSTETRIC AND GYNECOLOGICAL CARE FOR PRIMIPARAS OF LATE REPRODUCTIVE AGE

P.S. Sadykova, G.K. Kausova, A.T. Medeuova, S.V. Pershina, Sh.K. Sarmuldayeva

1. SOE «Maternity hospital №1»
2. Kazakhstan Medical University Higher School of Public Health
Kazakhstan, Almaty

RESUME

Problems of motherhood and childhood occupy a leading position in all countries of the world. Kazakhstan also faced the problem of declining fertility and increasing the age of the first pregnant. In accordance with the recommendation of the International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), a woman, being pregnant for the first time at the age of 35 years or more, is considered «age primiparous». Often, social and psychological status is completely not taken into account in the provision of obstetric care, although such women are more demanding and need an individual approach to each, starting with pre-conception preparation, pregnancy management, deciding on the method of delivery and ending with the postpartum period. Therefore, the questions posed at the beginning of the work are relevant and require careful study.

Key words: *obstetrics, organization, assistance, primiparas of older age, complications of pregnancy, childbirth, operative delivery*

Issues of maternal and child health occupy a dominant position in all countries of the world. Notwithstanding the fact that these are absolutely different issues in the developed and developing countries, the health of women and children, as the population health indicator, is always in priority. Kazakhstan, as all countries, has faced the issue of birth decline and raising of primigravida age.

Women all over the world postpone the child birth for different reasons. Career growth or pursuing any financial purposes, contraception method improvement, increase in life expectancy, higher education quality improvement, etc. are considered to be the possible reasons of these phenomenon [1]. A number of children born by women aged 30 and over is gradually increasing within the last decade [2]. Subject to the recommendation of the International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), a woman being pregnant for the first time at the age of 35 and over, is considered as the «aged primipara», and such parturient woman at the age of 35 and over at the moment of labor is also considered as the «aged primipara» or «late-bearing woman».

Within the recent decades, more and more women all over the world consider their optimal reproductive age as the period of maximum social activity and career growth, postponing maternity to the later time [V.S. Belousova, 2002; S.V. Voskressenskaya, 2002; B. Jacobson, 2004; O.R. Bayev, 2005]. In Russia, at the beginning of the twenty first century, the percentage of children born by women at the age of 35 and over was relatively stable and constituted 7.0% on average. However, in 2008, a number of children born by women at the age of 35 and over increased by 44%, including 3.3% ingrowth for patients at the age of 40 and over in comparison with 2004 [Y.V. Gusseva, 2009]. In Great Britain, the number of pregnant women at the age of 40 and over has triplicated for the last two decades. In the

USA, the number of patients having children at the age of 40-44 increased by 30% and at the age of 45-49 - increased approximately twofold at the beginning of 2000s [E. Allen, 2009; I. Usta, 2010]. Unfortunately, it is not possible to calculate these rates for the Republic of Kazakhstan and this may be considered as an argument in favor of possible study.

The data on the gradual decrease in the reproductive system function in women at the age of 30 and over is the basis for the inclusion of «aged» pregnant women into a separate group [S.V. Goshovskaya, 2009; E. Allen, 2009]. Some researchers associate the aforesaid biological phenomenon with a low level of steroid hormones in blood due to the ovarian reserve («ovary age») deletion [O.F. Serova, 2000; I.G. Mishiyeva, 2008; M. Twisk, 2008]. Other researchers tend to think that the key factor of this process is the sensitivity reduction of hormonal uterine muscle receptors («age of uterus») [B. Grawford, 1997; O.R. Bayeva, 2005]. In any case, according to many authors, age-related changes in a woman's body are a risk factor of complications during pregnancy, labor and postpartum period, which enables to classify such pregnancy as a «problematic one» [V.S. Belousova, 2002; S.V. Voskressenskaya, 2002; Jacobson B. 2004; O.R. Bayev, 2005]. Despite the obstetricians, gynecologists and pediatricians have an increased interest in the study of this issue, a number of aspects of «late» pregnancy and labor is not fully understood.

The issue of aged primigravida is widely discussed in the literature from various perspectives, such as social and economic status, women and children's health, possibility to provide the obstetric and gynecological care to such pregnant women, women in labor and puerperas.

There is still no consensus on whether a woman's age over 30, 35, or over 40 is a risk factor. The most authors say that the course of pregnancy in women at the age of 40

and over is pathological, and the labor is accompanied by a number of severe complications for both the mother and the child [3, 4]. There are still no clear gradations what age is considered a risk factor and whether the age may be a risk factor. There is a large number of works where the authors believe that age should not be taken into account, however, a significant number of scientists agree that the age plays a significant role in complication development during pregnancy, labor and postpartum periods.

The data in the available PubMed literature is quite discrepant, and most of the studies were conducted at the end of the last century. Thuswise, F. Kasper, Krass and G. Brokerhoff, in the article «The older primipara - an obstetrical risk group?», believe that the number of «aged primipara» increases in some perinatal centers, and when comparing the course of pregnancy, the labor method and fetal outcomes in 416 patients at the age of 35 and over with a group consisting of primiparas 15 years younger, it was found that the incidence of caesarean section and vacuum extraction increased up to 40% in the aged primipara group, however, the authors could not find any difference in fetal outcome. Thus, they concluded that the modern perinatal first pregnancy and labor management in older women is very effective and allows for a normal fetus outcome [5].

Dr. T.T. Kolbaya states in his thesis research «Pregnancy and Labor in Women of Different Age Groups», 2011, that while the incidence of main pregnancy complications (gestosis, fetal growth retardation, threatened termination of pregnancy), as well as the incidence of premature and late labor depend on the age of patients, the incidence of cesarean section increases with the age of patients and depends on parity, but the incidence of asphyxia and hypoxic-ischemic lesions of the central nervous system in newborns does not depend on the age and parity of mothers [6]. This statement is very controversial, since the increase in the incidence of premature and instrumental labor entails the increase in various perinatal lesions of the newborn child.

The work of Dr. M.U. Mirsaidova states that the advanced maternal age in the absence of any complications in the antenatal period does not affect the fetus health and pregnancy outcome. The author notes that women suffer up to 5 or more somatic and inflammatory genital organ diseases by late reproductive age and acquire at least 2-3 chronic somatic diseases. Also, the incidence of uterine fibroids increases with age (in 20% of women at the age of 30 and over, and in 53.3-63.5% of women at the age of 40 and over). Uterine fibrosis is one of the causes of miscarriage and bleeding, previa and premature abruption of normal or low inserted placenta and labor abnormalities. However, the author of the dissertation claims that, despite all concurrent extra-genital and genital diseases, complications may be successfully avoided with qualified medical obstetric care [7].

Ustun Y, Engin – Ustun Y et al. conducted a retrospective cohort study based on the documentation from two perinatal centers. The medical records of primiparas at the age of 45 and over have been studied for a 10-year period from January 1, 1992 to December 31, 2001. For comparison, the data from the obstetric database obtained for women at the age of 20-29 have also been studied. 77 pregnancies in 76 women at the age

of 45 and over have been registered for the last 10 years. Out of the total number, 74 live newborns have been registered in singleton labor, two pairs of live-born twins and one pair of stillborn twins at Week 20 of pregnancy. Eighty four percent of pregnancies have been conceived naturally, and 53% have been subject to the prenatal chromosome testing; 53% of women have had no pre-existing health problems, 13% of women have had hypertensive pregnancy complications, and 8% of women had gestational diabetes. The labor of 10 women was premature. The incidence of Caesarian section was 49% in comparison with 23% in the group of women aged 20-29 ($P<0.001$). Ten percent of the newborns had a weight lower for the gestational age, and 8% of newborns were very large for the gestational age. Seventeen percent of newborns needed hospitalization, and 6% of newborns had congenital abnormalities. Thus, this study gives hope for women at the age of 45 and over with good general health and a chromosomally normal fetus. [8, 9].

However, the number of such freely available studies is restricted. In the most cases, the authors agree that the age of women plays a significant role in the obstetric complication development, affects the number of surgical labor for any reasons, and affects newborn's health.

Late reproductive age, according to many authors, is one of the risk factors related to the development of placental insufficiency and hypertensive pregnancy complications, preeclampsia and eclampsia.

Early gestosis, hypertensive pregnancy complications, preeclampsia and eclampsia, threatened termination of pregnancy, premature labor, prolonged pregnancy, premature rupture of amniotic fluid and labor abnormalities lead to the increase in surgical intervention rate, increase in perinatal morbidity and mortality [10]. In addition, this age group has the highest incidence of fetal abnormalities and fetal congenital malformations [11] which development is driven, according to some authors, by mothers and fathers aged 40 and over [1].

Dr. M.A. Kravchenko and Dr. T.I. Smirnova conducted a retrospective study of health status, pregnancy course, labor, perinatal outcomes, as well as health of under-6-year-old children in primiparas at the age of 35 and over. This study was conducted on the basis of labor records for 2014 and child development records for the period from 2009 to 2016. As a result of this study, it was found that among women at the age of 35 and over, more than half of the marriages is not registered (child raising in an incomplete family); there is a high incidence of somatic pathologies (every third woman has obesity, myopia, vegetative-vascular dystonia and chronic gastrointestinal tract diseases) and gynecological diseases (every second woman has vaginitis, every third woman has chronic salpingo-oophoritis); this pregnancy was the first one for the half of these patients, more than a third of women had medical abortions up to 12 weeks, almost every fifth woman had a frozen pregnancy, the course of pregnancy was complicated by the threatened termination of pregnancy and anemia in every second woman, pathological weight gain in every third woman; the higher incidence of labor by caesarean section and episiotomy during vaginal delivery; all newborns were in a high-risk CNS pathology group, more than a half of the newborns was in a high-risk intrauterine

infection and metabolic disorder group; almost 2/3 of the newborns were discharged from the maternity hospital on the 6th day with 2B health group; 2/3 of the newborns had minor heart anatomy abnormalities and a third of newborns has a hip dysplasia during early childhood [12].

Dr. V.V. Markevich believes that the unfavorable course of pregnancy and labor is greatly affected by the extremely burdened obstetric and gynecological anamnesis in primiparas at the age of 35 and over, and this burdened anamnesis leads to the late pregnancy and labor. Primiparas at the age of 35 and over had the extremely burdened obstetric and gynecological anamnesis due to a higher incidence of infertility, uterine fibroids and dysfunctional menstrual-ovarian cycle disorders. Apparently, these factors largely determined the onset and gestation of pregnancy at a later age. Based on the above, it may be concluded that the medical and social image of pregnant women at the age of 35 and over is characterized by the predominance of women with a burdened somatic and obstetric-gynecological anamnesis, higher education, working and financially secure [13].

Related specialists also manage the primiparas of older age due to the burdened obstetric anamnesis and a large number of gynecological pathologies. So, the recommendations of the European Society of Cardiology on cardiovascular disease management during pregnancy state that the risk of cardiovascular diseases during pregnancy and prevalence of cardiovascular risk factors - diabetes mellitus, obesity and hypertension - have increased along with the increased age of primiparas in the Western world [14].

The incidence of surgical delivery increases with age and is associated with extragenital and genital pathology which leads to additional problems during medical care. Dr. Sh.L. Yesker, K.T. Chen and others believe that the incidence of caesarean section increases with the maternal age (<25 years old, 11.6%; > or = 40 years old, 43.1%). Older women were more likely to have a caesarean section instead of natural labor (<25 years old, 3.6%; > or = 40 years old, 21.1%). Abnormal fetal position and previous myomectomy were indications for the elective cesarean section, which were more specific to the older primiparas. Even among women with spontaneous or induced labor, the incidence of caesarean section increased with the maternal age (<25 years old, 8.3%; > or = 40 years old, 30.6%). The incidence of caesarean section was higher for the induced labor, and the incidence of induced labor increased directly and continuously with the maternal age increase, especially the incidence of elective induced labor. Caesarean section due to lack of progress or fetal distress was more common among older women in labor, regardless of whether labor was spontaneous or induced. Surgical delivery due to fetal distress during labor or pregnancy may lead to subsequent problems in newborns [15].

In the cohort study conducted in China (2016-2018), D. Shang et al. showed concern of Chinese doctors over the increasing age of primiparas; findings on the relationship between the maternal age, baseline body mass index, educational level, place of residence and the adverse pregnancy outcomes prove that these modifiable risk factors need control from the public health perspective. To resist continuous rapid increase in the maternal age in China,

special professional assistance and the government support is required. Preventive measures are also required to stop the increasing obesity and popularize public education. Proper pregnancy complication awareness of population and more effective antenatal care in rural areas is also required. Moreover, the antenatal care for mothers with pregnancy complications must be focused on the prevention of gestational diabetes mellitus and hypertensive disorders. [16].

Such diseases as uterine fibroids (27.8%), cervical erosion (17%), chronic adnexitis (6.7%), infertility (11.1%) and ureaplasmosis (5.6%) are predominant among the aged primiparas. The key pregnancy complications of primiparas are late gestosis (50%), anemia (27.8%), chronic fetal-placental insufficiency (16.7%), threatened termination of pregnancy (16.7%) and gestational diabetes mellitus (5.5%). The incidence of premature labor increases together with primipara age increase. The labor is often accompanied by such complications as premature discharge of amniotic fluid (27.8%), primary uterine inertia (11.1%), laceration of cervix (11.1%), threatened perineum tear (5.5%) and fetus delay (5.5%). Among the mothers at the age of 35 and over, the state of newborns at birth, assessed according to the Apgar scale, is significantly lower in comparison with the control group and often requires resuscitation measures. The postpartum period of primiparas at the age of 30 and over is characterized by a large number of complications (subinvolution of uterus) requiring a longer hospital stay for these women (on average, 8 to 12 days) [7]. It should be noted that this study has some discrepancies. The author says in the conclusion that complications may be reduced, if the qualified obstetric care is provided and, at the same time, he describes a large number of complications which may not always be eliminated by the qualified doctors only, the state support is also required.

Many doctors studied the social, psychological and material status of older primiparas. The data of the authors is common in many cases, regardless of different countries and date of the study.

So, the article of V.S. Orlova and al. describes the material and emotional status of mothers. In most cases, the representatives of the older age are materially independent and have separate accommodation. These women do not relate the «childbirth for herself» to marriage hopes. «Mature women» consciously strive for maternity, not for marriage. At the same time, feelings of social underachievement and hurt for an unsettled life lie behind the external rationality and prudence. These factors cannot but affect the course of pregnancy and labor. In addition to emotional experiences, the risk factors of women from this category include age-related constitutional peculiarities [17].

Changed social and economic conditions in the country, population urbanization and related life priority reconsideration by each individual personally entailed demographic consequences, such as population's tendency to have a small family and the first child birth at an older age. According to all authors who study this issue [18,19,20,21,22], higher primipara age in industrially developed countries is accompanied by a significant increase in medical issues before and after pregnancy. When comparing the sociological

«portrait» of primipara mothers with their reproductive behavior, the «scissors» phenomenon is observed. Juvenile and young mothers are socially less protected, but they have fewer risk factors; their pregnancy, as a rule, occurs spontaneously, therefore, healthier children are expected. Women at the age of 30 and older are socially protected, however, they have a burdened reproductive anamnesis, induced medicalized pregnancy, which negatively affects the children, and, therefore, the proclaimed principle of «healthy mother - healthy child» is violated.

Despite the reliable social protection of older primiparas, R. Klimenti, N. Gissler and others note that patients at the age of 35 and over seek medical help more often according to the cohort study based on the review of registers of more than 20 thousand women in 1991 and 2008. Labor in older women was more often artificial delivery, instrumental delivery or caesarian section. The number of hospitalizations was lower, instrumental labor and induced labor in older women were higher in 2008 comparing with 1991. In 2008, the older primiparas more often gave birth prematurely and more often stayed in the intensive care unit. Risk of perinatal mortality (1.66; 0.60-4.60 versus 2.69; 1.07-6.79) was higher in 2008 than in 1991 among women aged ≥ 40 [23].

In the article by N.E. Raikhman (New Jersey) [24] of 1998, three groups were compared - adolescents (15-19 years old), women of early reproductive age (19-35 years old) and patients aged 35 and over with the additional division by skin color. Labor outcomes included infant mortality, low weight at birth and newborn costs. The results show complicated interrelation between the maternal age, control groups, labor outcomes and environmental factors. Older primiparas, like adolescent mothers, are at a higher risk of adverse labor outcomes and higher hospital costs than women aged 20. Older primiparas, like adolescents aged under 15, have the highest risk of a low birth weight infant compared to women aged 19-35. However, newborn costs were higher in the older primipara group than in the adolescent group. Poorer results are attributed to unfavorable social and economic conditions among adolescents, which is not the case for older primiparas. Risk of newborn mortality increases with the maternal age, especially among black women.

In the Netherlands, a study was conducted in 2011 by a team led by M. Tromp to describe the aftermath in terms of health outcomes, care and associated health care costs for three hypothetical groups of women planning their first pregnancy at different fixed ages. Population: 3 hypothetical groups of 100,000 women aged 23, 29 and 36 planning their first pregnancy. Main evaluation criteria: Live birth children, pregnancy complications for mother and child and associated health care costs. Outcomes. In three groups of women aged 23, 29 and 36, 1.6%, 4.6% and 14% of women did not become pregnant (spontaneous or after application of assisted reproductive technologies). The group of women aged 36 had 9% more miscarriages, 8% more fertility treatments, and 1.4% more multiple pregnancies than the group of women aged 29. The percent of caesarian section among low-risk women was 4.9% and 11% higher for groups of women aged 29 and 36 respectively compared to the cohort aged 23 at the beginning. Finally, 98%, 95% and 85% of women in each of three groups gave birth to live children. The costs for the two

older groups were € 415 and € 1,662 per current pregnancy higher than for the group of women aged 23 [25].

The more frequent use of the assisted reproductive technologies by older primipara is also mentioned in the article of S.Sh. Issenova «Characteristics of Pregnancy and Labor in Women after ART Programs admitted for Delivery», 2019. The study of characteristics of pregnancy and labor in women after ART programs admitted for delivery was conducted in 2 groups: Group 1 (n = 31): women with tubo-peritoneal factor and Group 2 (n = 32): patients with endocrine infertility genesis. The endocrine infertility group included women with thyroid dysfunction, estrogen and progesterone deficiency (with luteal phase failure), obesity or lack of adipose tissue, polycystic ovary syndrome and hypothalamic syndrome. The age factor study showed that Group 2 had significantly more primiparas of older age (63.5% and 36.5%, respectively, $p < 0.05$). Women with secondary infertility prevailed in Group 1 (80.7% and 19.3%, respectively), while Group 2 had significantly more women with primary infertility (88.3% and 11.7, respectively, $p < 0.05$) [26]

As it is known, the older age group, including older primiparas, resort to assisted reproductive technologies more often than young women, due to genital and extragenital diseases, reduced ovarian reserve, etc.; women with a low ovarian reserve have to use donor ova, which significantly increases the cost of pregnancy. This was proven in the study of Dr. Rosa Rentendorf et al. (Germany), 2017 - Factors of the assisted reproductive technologies (34 versus 3%), multiple pregnancies (16 versus 5%) and caesarian section (59 versus 29%) were significantly higher in the group of older primiparas. The increased risk of premature labor (28% versus 11%), preeclampsia, gestational diabetes and premature rupture of membranes was also noted in the group of aged mothers. So, the elderly age of mothers leads to the higher level of fetus and mother complications. These data should be taken into account when planning the assisted reproductive and obstetric care for older primiparas. The assisted reproductive technologies make pregnancy, labor and postpartum period much more expensive than the natural process of conception [27].

The study conducted by M.A. Chizhova in 2012 shows that women of late reproductive age are safe in their psycho-emotional status and neurotization level, but, based on the somatic morbidity characteristics, these women are in the high risk group for pregnancy and labor complications. The complications arisen are associated with age-related decrease in the myometrium receptor apparatus sensitivity to sex steroids which disrupts the physiological processes of gestation and labor in women of late reproductive age. The children born by women of late reproductive age need preventive measures and thorough follow-up by the pediatrician, especially during the periods of the most active physiological development. [28]

The same point of view is shared by L.I. Sitnikova and L.N. Lavlinskaya in the article «Provision of medical care for high risk pregnant women», 2014. Characteristics of pregnancy, its outcomes for the mother and her newborn are closely related to the age of primiparas. The advanced reproductive age (30 years and older) is significantly less favorable for pregnancy

and labor than the active reproductive age (20-29 years). The aged primipara health study showed that the level of somatic and gynecological health is quite low, various extragenital diseases and foci of chronic infections, combined somatic pathology and gynecological diseases were identified. The incidence of extragenital pathology increases in primiparas of late reproductive age in comparison with young women: by the age of 35, they have suffered up to five or more somatic diseases and inflammatory diseases of the genital organs, acquired up to three chronic somatic diseases, the most common are cardiovascular diseases, diseases of the urinary system and endocrine disorders. Half of the women had combined extragenital pathology. The incidence of uterine fibroids increased with age. Pregnancy and labor in this age group were often complicated. Miscarriage and gestosis were common pregnancy complications, and their incidence increased with age. More than a half of primiparas of late reproductive age had labor complications: untimely rupture of amniotic fluid, labor abnormalities; the incidence of such complications increased with age. Pregnant women of late reproductive age more often than women of active reproductive age underwent emergency and planned cesarean section. Newborns of primiparas of late reproductive age had a low health level. Full-term newborns with low body weight, premature newborns with malnutrition and intrauterine fetus infections were more often born by a quarter of women of late reproductive age, including a high level of perinatal pathologies and early neonatal mortality. The material well-being in families of primiparas of late reproductive age is much better than that of younger puerperas; the most women of older age have consciously decided to have a child. Pregnant women of late reproductive age are more attentive to their health and their medical activity is higher than that of young primiparas: more than 2/3 of them timely applied to the antenatal clinic (up to 12 weeks); under-examined women of late reproductive age were admitted to the maternity hospital by 2.5 times less than young primiparas. Optimization of a high perinatal risk of primipara pregnancy management must be based on the earlier consultative follow-up and planned hospitalization for targeted pregnancy pathology therapy. As a result, it is advisable that the follow-up and labor of these aged pregnant women is carried out in perinatal centers with a modern material and technical base and highly qualified specialists who concur with all medical institutions in the region [29].

Aged primiparas are more demanding of the medical staff during the provision of medical services, which is associated with patient neurotization and with a large number of concomitant pathologies. There are many works in the available literature dedicated to the obstetric care arrangement. N.V. Polunina with a team of scientists in the article «Issues of Obstetric Care Quality and Measures to Improve It», 2013, believe that the obstetric care quality is difficult to assess. So, the most types of obstetric care cannot be referred to standard care. Individual features of the patients create problems in determining medical service quality. Based on the Moscow clinical maternity hospital No.18, a team of authors analyzed 402 labor histories of patients that delivered in the Moscow maternity hospital No.18 in 2001 and 2011. 200 labor histories for 2001 were

included in the retrospective analysis and 202 labor histories in 2011 were included in the prospective analysis. In addition, a questionnaire was developed and anonymous survey of 212 patients was conducted to study the satisfaction of patients with medical care. Data analysis of the population's mass sociological surveys convincingly demonstrated a low level of satisfaction with outpatient (50.9%) and inpatient (57.7-70.3%) care. Often, even with the conscientious performance of the professional duties by medical workers, the patients are not always satisfied. The proper analysis showed that the principal factor of dissatisfaction was non-compliance with the ethics and deontology by the medical personnel, as well as a long admission time to the department. Thus, 13-14 women out of 100 respondents noted a long waiting time for medical care in the admission department (more than 1 hour), and 6-8 women noted non-compliance with the ethics and deontology by middle and junior staff of the admission department in the maternity hospital. The main reason for the patient dissatisfaction with medical staff of the neonatal department was lack of time, which the medical staff, in the patients' opinion, should devote to patients after labor. Some respondents (5.5%) noted that doctors did not listen out and did not respond to questions about their child. Claims to disrespectful and rough treatment by the medical staff were not revealed. 14.4% of the respondents thought that the main reason for dissatisfaction with the work of the nursing staff in the neonatal department was non-compliance with the ethics and deontology [30].

Older primiparas are characterized by a high level of pregnancy-related stress as is proven in E.Kh. Mukhametzyanova's thesis research. «Optimization of Obstetric Care for Primiparas». The gestation period of primiparas is accompanied by a high number of complications: threatened termination of pregnancy ($33.0 \pm 3.8\%$), preeclampsia ($14.2 \pm 2.8\%$), placental insufficiency ($15.5 \pm 2.9\%$), which is significantly higher than the average population data ($p < 0.01$). Fetuses of primiparas have chronic hypoxia more often ($10.9 \pm 2.5\%$), newborns of primipara have a high morbidity ($44.5 \pm 3.9\%$) ($p < 0.05$). The state of mental adaptation system of pregnant women determined according to the results of clinical and laboratory indicators shows a decrease in the adaptive body capacity. A high level of personal anxiety and white blood cell circulating pool indicators (high neutrophil count, lymphopenia, eosinopenia) reflecting the stressful situation impact are in direct correlation ($p = +0.36$, $p < 0.05$) and confirm evident tension of adaptive body capacity. Use of the developed improved follow-up system makes it possible to increase the adaptive capacity of primiparas, as evidenced by: no increase in cortisol concentration in the second trimester of pregnancy ($p < 0.05$), lymphopenia, high neutrophil count, eosinopenia during pregnancy; test survey data indicating an increase in the number of pregnant women with an optimal psychotype ($p < 0.001$), absence of anxious and depressive psychotypes, decrease in the number of women with a high level of personal anxiety ($p < 0.01$), improvement of well-being ($p < 0.05$), mood and activity. Use of the preventive measure system by primipara, including preventive physiological and psychological training together with the use of essential oils and rehabilitation in sanatory conditions to reduce the

number of pregnancy complications by 2.9 times ($p < 0.001$), reduce the total duration of labor ($p < 0.001$), reduce birth canal traumatism by 1.8 times ($p < 0.05$), improve the fetus condition (according to the of ultrasound, Doppler and CTG results) and reduce the newborn morbidity rate by 2.7 times [31].

T.K. Ayubova and E.Kh. Mukhametzyanova note a high level of stress in older primiparas; these systems activation with a hormonal link predominance and simultaneous increase in the adrenal cortex function was identified in the third trimester of pregnancy. The author suggests to counter stress in a sanatorium. Follow-up in sanatorium and medical, social and psychological rehabilitation led to a decrease in complications in the third trimester of pregnancy (gestosis, anemia, premature labor, etc.) up to 36.4%, pregnancy prolongation up to 95.35% in women at the age 35 and over, and lead to the decrease in surgical delivery by 1.4 times [32].

One of the modern studies of O.F. Serova, L.V. Sedoy, N.V. Shutikova «Pregnancy Outcomes in Women of Advanced Reproductive Age» (2020) proves that 75% patients among the primiparas of the advances reproductive age became pregnant after IVF procedure + embryo transfer. The incidence of extragenital diseases in the second group was significantly higher than in the first group. Most clinical studies showed that extragenital diseases of the mother may lead to the placental complex dysfunction and thereby cause placental insufficiency development. A frequent pregnancy complication in patients of the advanced reproductive age was the threat of premature labor (14.6% versus 4.3% in the first group, $p < 0.05$). The relevant risk of gestational diabetes mellitus increases in the pregnant women at the age of 30 and over. The age over 35 was the risk factor for preeclampsia development. Premature labor occurred 1.4 times more often than in pregnant women aged 20-34. Caesarean delivery in the group of older primiparas was 1.5 times higher than a number of surgical interferences in women under 35. As a rule, labor abnormalities were an indication for the surgical delivery. Labor regulation disorder in patients of late reproductive age is caused by the

decrease in myometrium receptor sensitivity to sex steroids. Children with 4-6 points of Apgar score at the fifth minute of life were born 1.7 times more often by the women of older reproductive age than by younger women. The course of the postpartum period in women at the age of 35 and older was characterized by a 10-fold higher incidence of hypotonic bleeding: 0.8% ($n = 3$) versus 0.08% ($n = 2$) ($p < 0.05$). The incidence of other complications in groups did not differ statistically. Increase in perinatal mortality directly correlates with the degree of perinatal risk, which, in its turn, increases proportionally to the age [33].

Thus, in any case, the problem of puerpera age increase exists all over the world and the authors agree in the conclusions that the number of obstetric and extragenital complications increases in older primiparas, which is associated with a burdened anamnesis and other concurrent diseases. The incidence of surgical delivery, miscarriage and, in some cases, adverse labor outcome increases. The authors agree that the modern perinatal technology implementation is very effective and permits to improve outcomes for fetus and women, however, the modern medicine is still subject to the improvement and optimization of the obstetric care for older primiparas.

As stated in the literature review, researchers have not reached the agreement on some issues related to pregnancy, labor and provision of medical care for older primiparas. Sometimes, the opinions are completely opposite and the position discrepancies may be presented even in one study. In our country, there is also no clear position on the provision of medical care for older primiparas, questionnaires have not been developed to study the social and psychological status of mothers. Often, the social and psychological status is completely not taken into account in the provision of the obstetric care, although such women are more demanding and require individual approach, starting from pre-conceptional preparation, pregnancy management, deciding on the delivery method and ending with the postpartum period. Therefore, the issues raised at the beginning of the study are relevant and subject to the detailed research.

Проблемы материнства и детства – одни из главных во всех странах мира. Несмотря на то, что в развитых и развивающихся странах этим вопросам уделяется разное внимание, здоровье женщин и детей, как показатель здоровья населения, всегда в приоритете. Казахстан, как и большинство стран, столкнулся с проблемой снижения рождаемости и увеличением возраста первобеременных.

Во всем мире женщины откладывают рождение ребенка по различным причинам. Карьерный рост или стремление к финансовому успеху, улучшение методов контрацепции, увеличение продолжительности жизни, качества высшего образования и т.д. считаются возможными причинами этого явления [1]. Количество детей, рожденных женщинами после 30-и лет, постепенно увеличивается в течение последнего десятилетия [2]. В соответствии с рекомендацией Международной федерации гинекологии и акушерства (FIGO), женщина, будучи беременной впервые в возрасте 35 лет и более, считается «возрастной первородящей», а роженица в возрасте 35 лет и старше на момент родов тоже считается «возрастной первородящей» или «позднеродящей».

В последние десятилетия все больше женщин во всем мире рассматривают свой оптимальный репродуктивный возраст как период наибольшей социальной активности и карьерного роста, откладывая материнство на более позднее время [Белоусова В.С., 2002; Воскресенская С.В., 2002; Jacobson В., 2004; Баев О.Р., 2005]. В России, в начале 21 века, удельный вес детей, рожденных женщинами в возрасте старше 35 лет, оставался относительно стабильным и в среднем составлял 7,0%. Однако уже в 2008 году количество родов у женщин старше 30 лет в Москве возросло на 44%, в том числе для пациенток старше 40 лет прирост составил 3,3% по сравнению с 2004 годом [Гусева Е.В., 2009]. В Соединенном Королевстве число женщин, рожаящих детей после 40 лет, утроилось за последние два десятилетия, а в США в начале 2000-х годов число пациенток, родивших ребенка в возрасте 40-44 лет, увеличилось на 30%, а в возрасте 45-49 лет возросло почти в 2 раза [Allen E., 2009; Usta I., 2010]. По Казахстану, к сожалению, точных данных найти не представилось возможным, это также можно расценивать, как аргумент в пользу возможного исследования.

Основанием для выделения «поздних» беременных в отдельную группу служат данные о постепенном снижении функции репродуктивной системы уже после 30 лет [Гошовская С.В., 2009; Allen E., 2009]. Вышеуказанный биологический феномен некоторые исследователи связывают с низким уровнем стероидных гормонов крови, обусловленным истощением овариального резерва («возраст яичников») [Серова О.Ф., 2000; Мишиева И.Г., 2008; Twisk M., 2008]. Другие исследователи склонны отводить определяющую роль в этом процессе снижению чувствительности гормональных рецепторов миометрия («возраст матки») [Grawford B., 1997; Баев О.Р., 2005]. Так или иначе, возрастные изменения организма женщины, по мнению большинства авторов, являются фактором риска возникновения осложнений беременности, родов и послеродового периода, что позволяет отнести такую беременность к «проблемной» [Белоусова В.С., 2002; Воскресенская С.В., 2002; Jacobson В., 2004;

Баев О.Р., 2005]. Несмотря на повышенный интерес к изучению данной проблемы среди акушеров-гинекологов и педиатров, до конца не ясен целый ряд аспектов «поздней» беременности и родов.

В литературе рассматривается вопрос возрастных первородящих с самых различных позиций, таких как социально-экономический статус, состояние здоровья женщин и детей, возможности оказания акушерско-гинекологической помощи таким беременным, роженицам, родильницам.

До сих пор нет единого мнения о том, является ли возраст женщины старше 30, 35 или старше 40 лет фактором риска. Большинство авторов указывают, что беременность у женщин старше 40 лет протекает патологически, а роды сопровождаются рядом тяжелых осложнений, как для матери, так и для ребенка [3, 4]. До сих пор нет четких градаций о том, какой возраст считать фактором риска и считать ли фактором риска возраст как таковой. Существует достаточно большое количество работ, в которых авторы считают, что возраст не стоит учитывать, однако значительное количество ученых сходятся во мнении, что возраст играет существенное значение при развитии осложнений во время беременности, родов и в послеродовом периоде.

В доступной литературе PubMed данные весьма разноречивы и большая часть исследований проведена в конце прошлого столетия. Так, Ф. Каспер, Красс и Г. Брокерхофф в статье «The older primipara—an obstetrical risk group?» считают, что количество «пожилых первородящих» увеличивается в некоторых перинатальных центрах, и при сравнении течения беременности, способа родоразрешения и исходов у плода у 416 пациенток старше 35 лет с группой, состоящей из первородящих на 15 лет моложе, выявлено, что частота кесарева сечения и вакуум-экстракции увеличилась до 40% в группе пожилых первородящих, однако авторы не смогли найти никакой разницы в исходе для плода. Таким образом, они пришли к выводу, что современное перинатальное ведение при первых беременностях и родах у женщин старшего возраста очень эффективно и позволяет обеспечить нормальный исход для плода [5].

Доктор Колбая Т.Т. в диссертационной работе «Беременность и роды у женщин разных возрастных групп» от 2011 года заявляет, что, несмотря на то, что частота основных осложнений беременности (гестоз, задержка роста плода, угроза прерывания беременности), а также частота преждевременных и запоздалых родов зависят от возраста пациенток, частота кесарева сечения увеличивается с возрастом пациенток и зависит от паритета, но при этом частота асфиксии и гипоксически-ишемических поражений ЦНС у новорожденных не зависит от возраста и паритета матерей [6]. Данное утверждение весьма спорно, так как увеличение частоты преждевременных и инструментальных родов влечет за собой и увеличение различных перинатальных поражений новорожденного.

В работе доктора Мирсаидовой М.У. написано, что поздний возраст матери при отсутствии осложнений в антенатальном периоде не влияет на здоровье плода и исход беременности. Автор отмечает, что к позднему ре-

продуктивному возрасту женщины переносят до 5 и более соматических, а также воспалительных заболеваний половых органов и приобретают не менее 2-3 хронических соматических болезней, так же с возрастом увеличивается частота миомы матки (у 20% женщин старше 30 лет и у 53,3-63,5% после 40 лет), которая является одной из причин невынашивания беременности и кровотечений, предлежания и преждевременной отслойки нормально или низко расположенной плаценты, нарушений родовой деятельности. Однако диссертант утверждает, что несмотря на все сопутствующие экстрагенитальные и генитальные заболевания при квалифицированной медицинской акушерской помощи осложнений можно успешно избежать [7].

Ustun Y, Engin-Ustun Y и соавторы провели ретроспективное когортное исследование на основе документации двух перинатальных центров. Изучены медицинские карты первородящих женщин в возрасте 45 лет и старше на момент родов в течение 10-летнего периода с 1 января 1992 года по 31 декабря 2001 года. Для сравнения также изучили данные из акушерской базы данных о женщинах в возрасте 20-29 лет. За 10 лет зарегистрировано 77 беременностей у 76 женщин в возрасте 45 лет и старше. Из них зафиксировано 74 живорожденных младенцев в одноплодных родах, 2 пары живорожденных близнецов и 1 пара мертворожденных близнецов на сроке беременности 20 недель. 84 % беременностей были зачаты естественным путем, а 53% прошли пренатальное определение хромосом; 53% женщин не имели ранее существовавших проблем со здоровьем, 13% имели гипертензивные осложнения беременности и 8% женщин заболели гестационным диабетом. У 10 женщин роды закончились преждевременно. Частота кесарева сечения составила 49% по сравнению с 23% в возрастной группе 20-29 лет ($P < 0,001$). 10 % новорожденных имели малый для гестационного возраста вес, а 8% были крупными для гестационного возраста. 17 % нуждались в госпитализации, а у 6% были врожденные аномалии. Таким образом, это исследование, так или иначе, обнадеживает женщин в возрасте 45 лет и старше с хорошим общим здоровьем и хромосомно нормальным плодом. [8, 9].

Однако таких трудов в свободном доступе не так много. В большинстве случаев авторы сходятся во мнении, что возраст женщин играет значительную роль в формировании акушерских осложнений, а также влияет на количество родоразрешений оперативным путем по тем или иным показаниям и на здоровье новорожденных.

Поздний репродуктивный возраст, по мнению многих авторов, является одним из факторов риска развития фетоплацентарной недостаточности и гипертензивных осложнений беременности, преэклампсии, эклампсии.

Ранние гестозы, гипертензивные осложнения беременности, преэклампсия и эклампсия, угроза прерывания беременности, преждевременные роды, перенашивание беременности, преждевременное излитие околоплодных вод, аномалии родовой деятельности приводят к увеличению количества оперативных вмешательств, увеличению перинатальной заболеваемости и смертности [10]. Кроме того, в этой возрастной группе наиболее высока частота аномалий и пороков развития плода [11], воз-

никновение которых обусловлено, по мнению некоторых авторов, не только возрастом матери, но и возрастом отца старше 40 лет [1].

Доктора Кравченко М.А. и Смирнова Т.И. провели ретроспективное исследование состояния здоровья, течения беременности, родов, перинатальных исходов, а также состояния здоровья детей до 6-летнего возраста у первородящих женщин старше 35 лет. Основанием исследования послужили истории родов за 2014 год и истории развития детей за период с 2009 по 2016 год. В результате установлено, что у женщин старше 35 лет: более чем у половины брак не зарегистрирован (воспитание ребенка в неполной семье); высокая частота соматической патологии (у каждой третьей – ожирение, миопия, вегето-сосудистая дистония и хронические заболевания желудочно-кишечного тракта) и гинекологических заболеваний (у каждой второй – вагинит, у каждой третьей – хронический сальпингоофорит); почти у половины пациенток данная беременность – первая. Более чем у трети отмечались медицинские аборт до 12 недель, почти у каждой пятой – замершая беременность, течение беременности осложнилось угрозой прерывания и анемией у каждой второй, патологической прибавкой массы тела у каждой третьей женщины. Были выше частота родоразрешения путем операции кесарева сечения и эпизиотомии в родах через естественные родовые пути; все новорожденные имели высокую группу риска по патологии ЦНС, больше половины по внутриутробному инфицированию и обменным нарушениям; почти 2/3 новорожденных выписаны из роддома на 6-е сутки с группой здоровья 2Б; в период раннего детского возраста выявлены у 2/3 малые анатомические аномалии сердца и у трети – дисплазия тазобедренных суставов [12].

Доктор Маркевич В.В. считает, что на неблагоприятное течение беременности и родов большое влияние оказывает крайне отягощенный акушерско-гинекологический анамнез у первородящих старше 35 лет, и именно отягощенный анамнез и приводит к поздней беременности и родам. Особенно отягощенный акушерско-гинекологический анамнез имели первородящие старше 35 лет за счет более высокой частоты бесплодия, миомы матки и дисфункциональных нарушений менструально-овариального цикла. Эти факторы, по-видимому, во многом определили наступление и вынашивание беременности в более позднем возрасте. На основании изложенного выше, можно сделать вывод, что медико-социальный портрет беременных в возрасте 35 лет и старше следующий: преобладают женщины, имеющие отягощенный соматический и акушерско-гинекологический анамнез, высшее образование, работающие и материально обеспеченные [13].

Помимо отягощенного акушерского анамнеза и гинекологических патологий, у первородящих старшего возраста зачастую есть проблемы, которыми занимаются смежные специалисты. Так, в рекомендациях Европейского общества кардиологов по ведению сердечно-сосудистых заболеваний во время беременности указывается, что в связи с увеличением возраста первородящей женщины в западном мире возрос и риск сердечно-сосудистых заболеваний во время беременности, а так же

возросла и распространенность сердечно-сосудистых факторов риска – сахарного диабета, ожирения и гипертензии [14].

С возрастом растет и частота оперативного родоразрешения, что связано с экстрагенитальной и генитальной патологией и ведет к дополнительным проблемам при оказании медицинской помощи. Доктор Ескер Ш.Л., Чен К.Т. и другие считают, что частота операции кесарева сечения увеличивается с увеличением возраста матери (<25 лет, 11,6%;> или = 40 лет, 43,1%). У женщин старшего возраста вероятность кесарева сечения без родов была выше (<25 лет, 3,6%;> или = 40 лет, 21,1%). Неправильное положение плода и предшествующая миомэктомия были показаниями для кесарева сечения в плановом порядке, которые были более характерны для первородящих старшего возраста. Даже среди женщин со спонтанными или искусственными родами частота кесарева сечения увеличивалась с возрастом матери (<25 лет, 8,3%;> или = 40 лет, 30,6%). Частота кесарева сечения была выше при индуцированных родах, а частота индукции увеличивалась непрерывно с увеличением возраста матери, особенно, частота плановой индукции. Кесарево сечение в связи с отсутствием прогресса или дистрессом плода было более распространено среди рожениц старшего возраста, независимо от того, были роды спонтанными или индуцированными. Оперативное родоразрешение по причине дистресса плода в родах или во время беременности может привести к последующим проблемам у новорожденных [15].

В когортном исследовании, проведенном в Китае в 2016-2018 гг. Шан Д. и соавторами отражена озабоченность врачей Китая возрастающим возрастом первородящих. Выводы о взаимосвязи между возрастом матери, исходным индексом массы тела, уровнем образования и местом жительства и неблагоприятными исходами беременности доказывают необходимость контроля этих изменяемых факторов риска с точки зрения общественного здравоохранения. Чтобы противостоять продолжающемуся быстрому увеличению возраста матерей в Китае, необходимы особая профессиональная помощь, а также государственная поддержка. Также необходимы профилактические меры, чтобы остановить увеличивающуюся тенденцию ожирения. В сельской местности также необходимы повышение осведомленности населения об осложнениях, связанных с беременностью, и более эффективное оказание дородовой помощи. Более того, дородовой уход за матерями с осложнениями беременности должен быть направлен на профилактику гестационного сахарного диабета и гипертонических расстройств. [16].

Среди типов генитальной патологии у возрастных первородящих женщин ведущее место занимают такие заболевания как миома матки (27,8%), эрозия шейки матки (17%), хронический аднексит (6,7%), бесплодие (11,1%), уреоплазмоз (5,6%). У возрастных первородящих женщин основными осложнениями беременности являются поздние гестозы (50%), анемия (27,8%), хронической фето-плацентарной недостаточности (16,7%), угроза прерывания беременности (16,7%), гестационный сахарный диабет (5,5%). С увеличением возраста первородящих женщин повышается частота преждевремен-

ных родов. Роды часто сопровождаются такими осложнениями как несвоевременное излитие околоплодных вод (27,8%), первичная слабость родовой деятельности (11,1%), разрывы шейки матки (11,1%), угрожающий разрыв промежности (5,5%), задержка частей последа (5,5%). У матерей старше 35 лет состояние новорожденных при рождении, оцененное по шкале Апгар, значительно ниже в сравнении с контрольной группой и часто требует реанимационных мероприятий. Послеродовый период первородящих женщин старше 30 лет характеризуется большим числом осложнений (субинволюция матки), что требует более длительного пребывания этих женщин в стационаре (в среднем от 8 до 12 суток) [7]. Следует отметить, что в данной работе присутствует некоторое противоречие. Автор в заключение говорит о возможности снижения осложнений при оказании квалифицированной акушерской помощи и, в то же время, пишет о большом количестве осложнений, с которыми не всегда можно справиться, опираясь только на высокий уровень квалификации врачей. Требуется и государственная поддержка.

Многими докторами проведено изучение социального, психологического и материального статуса первородящих старшего возраста. Данные авторов во многом перекликаются, несмотря на различные страны, в которых проводились исследования, и разное время написания работ.

Так, в статье В.С. Орловой и соавторов описывается материальный и эмоциональный статус матерей. Представительницы старшей возрастной категории в большинстве случаев материально независимы, имеют отдельную жилую площадь. «Рождение ребенка для себя» не связано у них с надеждами на брак. «Зрелые женщины» сознательно стремятся к материнству, а не к супружеству. Вместе с тем, за внешней рациональностью и рассудительностью скрываются чувства социальной нереализованности и обиды за не сложившуюся судьбу. Эти факторы не могут не отразиться на течении беременности и родов. К факторам риска у женщин данной категории, помимо эмоциональных переживаний, относятся и возрастные особенности организма [17].

Изменившиеся социально-экономические условия в стране, урбанизация населения и связанный с этим пересмотр жизненных приоритетов каждым индивидуумом в отдельности повлекли за собой демографические последствия: ориентированность населения на создание малодетной семьи и рождение первенца в более старшем возрасте. Увеличение возраста первородящих в индустриально развитых странах сопровождается достоверным увеличением медицинских проблем до и после наступления беременности, в чём единодушны все авторы, изучающие данный вопрос [18,19,20,21,22]. При сопоставлении социологического «портрета» первородящих матерей с их репродуктивным поведением наблюдается феномен «ножниц». Юные и молодые матери социально менее защищены, но у них меньше факторов риска, беременность, как правило, наступает спонтанно, следовательно, предполагается более здоровое потомство. Женщины старше 30 лет являются социально защищенными, однако имеют отягощенный репродуктивный анамнез,

индуцированную медикализованную беременность, что негативно отражается на потомстве, а, значит, нарушается провозглашенный принцип «здоровая мать – здоровый ребёнок».

Несмотря на большую социальную защищенность первородящих старшего возраста Р. Клименти, Н. Гисслер и другие в когортном исследовании, основанном на изучении регистров более 20 тысяч женщин в 1991 и 2008 годах, отмечают большую обращаемость пациенток старше 35 лет за дородовой помощью. Роды у женщин старшего возраста чаще были искусственными, инструментальными или с помощью кесарева сечения. В 2008 году по сравнению с 1991 годом количество госпитализаций было ниже, а инструментальные роды и индукция родов у пожилых женщин были выше. В 2008 году первородящие женщины старшего возраста чаще рожали раньше срока и чаще находились в отделении интенсивной терапии. Риск перинатальной смертности (1,66; 0,60-4,60 против 2,69; 1,07-6,79) был выше в 2008 году, чем в 1991 году, среди женщин в возрасте ≥ 40 лет [23].

В статье Н.Е. Райхман (Нью-Джерси) [24] от 1998 года сравнили три группы – подростки (15-19 лет), женщины раннего репродуктивного возраста (19-35 лет) и пациентки после 35 лет, с дополнительным делением по цвету кожи. Исходы родов включали младенческую смертность, низкий вес при рождении и расходы на новорожденных. Результаты указывают на сложную взаимосвязь между возрастом матери, группами сравнения, исходами родов и факторами среды. Первородящие старшего возраста, как и матери-подростки, подвергаются более высокому риску неблагоприятных исходов родов и более высоким расходам в больнице, чем женщины в возрасте 20 лет. Первородящие старшего возраста, как и подростки в возрасте до 15 лет имеют самый высокий риск рождения маловесного ребенка по сравнению с женщинами 19-35 лет. Однако затраты на новорожденных были выше в группе первородящих старшего возраста, чем в группе подростков. Худшие результаты объясняются неблагоприятными социально-экономическими условиями у подростков, чего нельзя сказать про пожилых первородящих. Риск детской смерти возрастает с увеличением возраста матери, особенно у чернокожих женщин.

В Нидерландах в 2011 году группой ученых во главе с Тромпом М. было проведено исследование с целью описания последствий с точки зрения результатов для здоровья, ухода и связанных с этим расходов на здравоохранение для трех гипотетических групп женщин, планирующих свою первую беременность в различном фиксированном возрасте. Население: 3 гипотетические группы из 100 000 женщин в возрасте 23, 29 и 36 лет, планирующих первую беременность.

Основные критерии оценки: живорождение, осложнения беременности для матери и ребенка и связанные с этим расходы на здравоохранение.

Результаты: для трех групп женщин в возрасте 23, 29 и 36 лет у 1,6%, 4,6% и 14% женщин не наступила беременность (спонтанная или после применения вспомогательных репродуктивных технологий). В группе в возрасте 36 лет было на 9% больше выкидышей, на 8%

больше случаев лечения бесплодия и на 1,4% больше случаев многоплодия, чем в группе 29 лет. Доля кесарева сечения среди женщин с низким риском была на 4,9% и 11% выше соответственно для групп в возрасте 29 и 36 по сравнению с когортой 23 лет в начале. В конечном итоге 98%, 95% и 85% женщин в каждой из трех групп родили живыми. Затраты для двух старших групп были на 415 евро и 1662 евро на одну текущую беременность выше, чем для группы в возрасте 23 лет [25].

О более частом обращении первородящих старшего возраста к вспомогательным репродуктивным технологиям говорится и в статье С.Ш. Исеновой «Особенности течения беременности и родов у женщин после программ ВРТ поступивших на родоразрешение» от 2019 года. Изучение особенностей течения беременности и родов у женщин после программ ВРТ поступивших на родоразрешение проведено в 2 группах: 1 группа (n=31) женщины с трубно-перитонеальным фактором и 2 группа (n=32) пациентки с эндокринным генезом бесплодия. В группу эндокринного бесплодия вошли женщины, имеющие нарушение функции щитовидной железы, дефицит эстрогенов и прогестерона (при недостаточности лютеиновой фазы), ожирение или недостаток жировой ткани, синдром поликистоза яичников и гипоталамический синдром. Изучение возрастного фактора показало, что во 2 группе достоверно чаще встречались первородящие старшего возраста (63,5% и 36,5 %, соответственно, $p < 0,05$). В 1 группе преобладали женщины, страдающие вторичным бесплодием (80,7% и 19,3%, соответственно) в то время как во 2 группе достоверно чаще были женщины с первичным бесплодием (88,3% и 11,7, соответственно $p < 0,05$) [26].

Старшая возрастная группа, в том числе, и первородящие старшего возраста, как известно, чаще, чем молодые прибегают к вспомогательным репродуктивным технологиям, по таким причинам, как генитальные и экстрагенитальные заболевания, сниженный овариальный запас и др. Женщинам с низким овариальным запасом приходится прибегать к помощи донорских яйцеклеток, что значительно повышает расходы на беременность. Это доказано в исследовании доктора Розы Рентендорф и др. от 2017 года (Германия). Показатели вспомогательных репродуктивных технологий (34 % против 3%), многоплодной беременности (16 % против 5%) и кесарева сечения (59 % против 29%) были значительно больше в группе первородящих старшего возраста. Также отмечен повышенный риск преждевременных родов (28 % против 11%), преэклампсии, гестационного диабета и преждевременного разрыва плодных оболочек у матерей пожилой возрастной группы. Таким образом, пожилой возраст матери приводит к более высокому уровню осложнений у плода и матери. Эти данные следует учитывать при планировании вспомогательной репродуктивной и акушерской помощи первородящим старшего возраста. А вспомогательные репродуктивные технологии делают беременность, роды и послеродовой период значительно более дорогими, чем при естественном процессе зачатия [27].

В исследовании, проведенном Чижовой М.А. в 2012 году представлено, что женщины позднего репродук-

тивного возраста благополучны по своему психоэмоциональному статусу и уровню невротизации, но, исходя из особенностей соматической заболеваемости, входят в группу высокого риска по возникновению осложнений течения беременности и родов. Возникшие осложнения связаны с возрастным снижением чувствительности рецепторного аппарата миометрия к половым стероидам, что нарушает у женщин позднего репродуктивного возраста физиологические процессы гестации и родового акта. Дети, рожденные женщинами позднего репродуктивного возраста, нуждаются в проведении профилактических мероприятий и тщательном наблюдении врача-педиатра, особенно в периоды наиболее активного физиологического развития. [28]

Такой же точки зрения придерживается и Л.И. Ситникова, Л.Н. Лавлинская в статье «Организация медицинской помощи беременным группам высокого риска», 2014 года. Особенности течения беременности, ее исходы для матери и новорожденного неразрывно связаны с возрастом первородящих. Поздний репродуктивный возраст (30 лет и старше) значительно менее благоприятен для беременности и родов, чем активный репродуктивный (20-29 лет). Изучение состояния здоровья возрастных первородящих показало, что уровень соматического и гинекологического здоровья достаточно низкий, были выявлены различные экстрагенитальные заболевания и очаги хронических инфекций, сочетанная соматическая патология, гинекологические заболевания. У первородящих позднего репродуктивного возраста по сравнению с молодыми женщинами увеличивается частота экстрагенитальной патологии: зачастую к 35 годам они перенесли до пяти и более соматических заболеваний и воспалительных заболеваний половых органов, приобрели до трех хронических соматических заболеваний. Наиболее распространены сердечно-сосудистые заболевания, болезни мочевыделительной системы, эндокринные нарушения. Сочетанная экстрагенитальная патология присутствовала у половины женщин. С возрастом увеличивалась частота миомы матки. Беременность и роды в этой возрастной категории часто протекали с осложнениями. Среди осложнений беременности часто встречались невынашивание беременности и гестозы, причем частота их увеличивалась с возрастом. Более половины первородящих женщин позднего репродуктивного возраста имели осложнения в родах: несвоевременное излитие околоплодных вод, аномалии родовой деятельности, частота их увеличивалась с возрастом. Беременным позднего репродуктивного возраста чаще, чем женщинам активного репродуктивного возраста производилось экстренное и плановое кесарево сечение. Новорожденные первородящих позднего репродуктивного возраста отличались низким уровнем здоровья. У четверти женщин позднего репродуктивного возраста чаще, рождались доношенные дети с низкой массой тела, недоношенные дети, с гипотрофией и внутриутробном инфицированием плода, чаще наблюдалась перинатальная патология и ранняя неонатальная смертность. Материальное благосостояние семей первородящих позднего репродуктивного возраста значительно лучше, чем у более молодых рожениц, большинство женщин старших возрастных

групп сознательно решили иметь ребенка. Беременные позднего репродуктивного возраста более внимательны к своему здоровью и их медицинская активность выше, чем у юных первородящих: более 2/3 своевременно (до 12 недель) обратились в женскую консультацию, их в 2,5 раза меньше поступило недообследованными в родильный дом по сравнению с юными первородящими. Оптимизация ведения беременности у первородящих групп высокого перинатального риска должна основываться на более раннем консультативном наблюдении и плановой госпитализации для целенаправленной терапии патологии беременности. Вследствие этого желательно наблюдение и родоразрешение беременных этой возрастной группы в перинатальных центрах, имеющих современную материально-техническую базу и высококвалифицированных специалистов, согласованно работающих со всеми медицинскими учреждениями региона [29].

Возрастные первородящие более требовательны к медицинскому персоналу при оказании медицинских услуг, что связано и с невротизацией пациенток и с большим количеством сопутствующей патологии. В доступной литературе немного работ, посвященных организации акушерской помощи. Н.В. Полунина с коллективом ученых в статье «Проблемы качества оказания акушерской помощи и мероприятия по ее улучшению», от 2013 года считает, что качество акушерской помощи трудно измерить. Так, большинство видов акушерской помощи нельзя отнести к разряду стандартных. Индивидуальные особенности пациенток создают проблемы при определении качества медицинских услуг. Коллективом авторов на базе клинического родильного дома № 18 Москвы проведен анализ 402 историй родов пациенток в 2001 и 2011 гг. В ретроспективный анализ было включено 200 историй родов за 2001 г. и в проспективный — 202 истории родов за 2011 г. Кроме того, для изучения удовлетворенности пациенток медицинской помощью, была разработана анкета и проведено анонимное анкетирование 212 пациенток. Анализ данных массовых социологических опросов населения убедительно продемонстрировал низкий уровень удовлетворенности населения амбулаторной (50,9%) и стационарной (57,7—70,3%) помощью. Нередко даже при добросовестном исполнении медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей имеет место неудовлетворенность пациенток. Собственный анализ показал, что основным фактором неудовлетворенности было несоблюдение этики и деонтологии медицинского персонала, а также длительное время приема в отделение. Так, из 100 опрошенных 13—14 женщин отметили длительное время ожидания медицинской помощи в приемном отделении (более 1 ч), а 6—8 женщин — нарушение этики и деонтологии в работе среднего и младшего персонала приемного отделения родильного дома. Основной причиной неудовлетворенности пациенток медицинским персоналом отделения новорожденных детей был недостаток времени, которое медицинские работники, по их мнению, должны были уделять пациенткам после родов. Небольшая доля респонденток (5,5%) отметила, что врачи не выслушивали их и не реагировали на вопросы об их ребенке. Жалобы по поводу неуважительного или грубого отношения

со стороны врачебного персонала не выявлены. Основной причиной неудовлетворенности работой среднего медицинского персонала отделения новорожденных детей 14,4% респонденток считали нарушение этики и деонтологии [30].

Первородящим старшего возраста присущ высокий уровень стресса по поводу беременности, что доказано в диссертации Мухаметзяновой Э.Х. «Оптимизация акушерской помощи женщинам, рожающим впервые». Период гестации у женщин, рожающих впервые, сопровождается высоким числом осложнений: угроза прерывания беременности (33,0±3,8%), гестоз (14,2±2,8%), фетоплацентарная недостаточность (15,5±2,9%), что достоверно выше среднепопуляционных данных ($p < 0,01$). У плодов первородящих женщин чаще констатируется хроническая гипоксия (10,9±2,5%), у новорожденных – высокая заболеваемость (44,5±3,9%) ($p < 0,05$). Состояние системы психической адаптации беременных, определенной по результатам клинико-лабораторных показателей, указывает на снижение адаптационно-приспособительных возможностей организма. Высокий уровень личностной тревожности и показатели циркулирующего пула клеток белой крови (нейтрофилез, лимфопения, эозинопения), отражающие воздействие стрессовых ситуаций, находятся в прямой корреляционной зависимости ($r = +0,36$, $p < 0,05$) и подтверждают выраженное напряжение адаптационных возможностей организма. Применение разработанной усовершенствованной системы наблюдения позволяет повысить адаптационные возможности беременных, рожающих впервые, о чем свидетельствуют: отсутствие нарастания концентрации кортизола во II триместре беременности ($p < 0,05$), лимфопении, нейтрофилеза, эозинопении в течение беременности; данные тест-опроса, указывающие на увеличение количества беременных с оптимальным психотипом ($p < 0,001$), отсутствием тревожного и депрессивного психотипов, снижение количества женщин с высоким уровнем личностной тревожности ($p < 0,01$), улучшение показателей самочувствия ($p < 0,05$), настроения, активности. Использование системы профилактических мероприятий у беременных, рожающих впервые, включающей физиопсихопрофилактическую подготовку с применением эфирных масел и реабилитацию в санаторных условиях, позволяет в 2,9 раза снизить количество осложнений беременности ($p < 0,001$), сократить общую продолжительность родов ($p < 0,001$), в 1,8 раза снизить травматизм родовых путей ($p < 0,05$), улучшить состояние плода (по результатам УЗИ, доплерографии и КТГ) и снизить заболеваемость новорожденных в 2,7 раза [31].

Т.К. Аюбова, как и Э.Х. Мухаметзянова, отмечает высокий уровень стресса у первородящих старшего возраста. В III триместре беременности выявлена активация этих систем с преобладанием гормонального звена и одновременно повышение функции коры надпочечников. Автор предлагает бороться со стрессом в санаторных условиях. Наблюдение в санатории и прохождение медико-социальной и психологической реабилитации привело к снижению осложнений в III триместре беременности (гестозы, анемия, преждевременные роды и др.) до 36,4%, пролонгированию беременности до 95,35% у женщин

в возрасте старше 35 лет и снижению хирургического родоразрешения в 1,4 раза [32].

Одна из современных работ от 2020 года О.Ф. Серовой, Л.В. Седой, Н.В. Шутиковой «Исходы беременности у женщин в старшем репродуктивном возрасте» доказывает, что среди первородящих старшего репродуктивного возраста у 75% пациенток беременность наступила после процедуры ЭКО + перенос эмбриона. Частота экстрагенитальных заболеваний во второй группе была существенно выше, чем в первой. Большинство клинических исследований установили, что экстрагенитальные заболевания матери могут приводить к нарушению функции плацентарного комплекса и тем самым вызывать развитие плацентарной недостаточности. Частым осложнением беременности у пациенток старшего репродуктивного возраста также была угроза преждевременных родов (14,6% против 4,3% в первой группе, $p < 0,05$). У беременных старше 30 лет повышается относительный риск гестационного СД. Возраст старше 35 лет явился фактором риска развития преэклампсии. Преждевременные роды происходили в 1,4 раза чаще, чем у беременных 20-34 г. Родоразрешение путем кесарева сечения в группе первородящих старшего возраста было в 1,5 раза больше количества операций у женщин до 35 лет. Как правило, показанием к оперативным родам являлись аномалии родовой деятельности. Нарушение регуляции родового акта пациенток позднего репродуктивного возраста вызвано снижением чувствительности рецепторов миометрия к половым стероидным гормонам. Дети с оценкой по шкале Апгар на пятой минуте жизни 4–6 баллов у женщин старшего репродуктивного возраста рождались в 1,7 раза чаще, чем у более молодых женщин. Течение послеродового периода у женщин 35 лет и старше характеризовалось в 10 раз большей частотой гипотонических кровотечений: 0,8% ($n = 3$) против 0,08% ($n = 2$) ($p < 0,05$). Распространенность других осложнений в группах статистически значимо не различалась. Рост перинатальной смертности прямо коррелирует со степенью перинатального риска, которая, в свою очередь, увеличивается пропорционально возрасту [33].

Таким образом, во всем мире, так или иначе, есть проблема увеличения возраста рожениц, и авторы сходятся в выводах, что у пожилых первородящих увеличивается количество, как акушерских, так и экстрагенитальных осложнений, что связано с отягощенным анамнезом и наличием других заболеваний. Увеличивается частота оперативного родоразрешения, невынашивания и, в некоторых случаях, неблагоприятного исхода родов. Авторы сходятся во мнении, что введение современных перинатальных технологий очень эффективно и позволяет улучшить исходы для плода и женщин, однако, современная медицина по-прежнему нуждается в улучшении и оптимизации акушерской помощи первородящим старшего возраста.

Как представлено в обзоре литературы, исследователями не достигнуто согласие в тех или иных вопросах, касающихся беременности, родов, а также организации медицинской помощи первородящим старшего возраста. Мнения иногда совершенно противоположны и

несходство позиций может быть представлено даже в одной работе. В нашей стране также нет четкой позиции по организации медицинской помощи первородящим старшего возраста, не разработаны анкеты по изучению социального и психологического статуса матерей. Часто социальный и психологический статус совершенно не учитывается при оказании акушерской помощи,

хотя такие женщины более требовательны и нуждаются в индивидуальном подходе, начиная с предгравидарной подготовки, ведения беременности, решения вопроса о методе родоразрешения и заканчивая послеродовым периодом. Следовательно, вопросы, поставленные в начале работы, актуальны и требуют тщательного изучения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Медков В.М. Демография. 2-е изд., 2008 (серия «Высшее образование») (ГРИФ); Инфра-М; М. – 683 с
2. Callaway LK, Lust K, McIntyre HD *ObstetGynaecol.* 2005; 45; 6-12 P.
3. Biesiada L, Jaworska-Pietraszek J, Krajewski PZ *iwsp. KlinPerinatolGinekolog* 2006; 42: 48-52,
4. Cleary, R., Beard, R., Coles, J. et al. 2004, *Qual. Health Care*, 3, 3–10 P
5. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8178598/>, 1994г
6. <http://medical-diss.com/medicina/beremennost-i-rody-u-zhenschin-razlichnyh-voznrastnyh-grupp#ixzz6jLTaxlvv>
7. Мирсаидова М.У. Особенности гестационного процесса, родов, перинатальных исходов, послеродового периода и лактации у женщин позднего репродуктивного возраста: автореф. дисс. на соискание науч. степени канд. мед. наук: спец. «Акушерство и гинекология» / М. У. Мирсаидова. – Душанбе, 2004. – 19 с
8. Callaway LK, Lust K, McIntyre HD. *ObstetGynaecol* 2005; 45: 12-6,
9. Janeczko J, Mora-Janiszewska O, Ficek L. *Ginekolog Pol* 2006; 77: 26-32
10. Ustun Y, Engin-Ustun Y, Meydanil M, Atmaca R, Kafkasli A. *J Turkish German GynecolAssoc* 2006;6:46-48
11. Witek A, Wojdys-Szyndlar M. *PrzeglMenopauz* 2006; 5: 306-10
12. Кравченко М.А., Смирнова Т.И. *Журнал ФГБОУ, СГМУ*, 2016г., с.34-38
13. Маркевич В. В, *Health of woman.* 2016.1(107):91–93.
14. Рекомендации Европейского общества кардиологов по ведению кардиоваскулярных заболеваний во время беременности, 2011 г. 214с.
15. Ecker JL, Chen KT, Cohen AP, Riley LE, Lieberman ES. *Am J Obstet Gynecol.* 2001 Oct;185(4):883-7.
16. Shan D, Qiu PY, Wu YX, et al. *Sci Rep.* 2018;8(1):12239. Published 2018 Aug 16.
17. Орлова В.С., Калашникова И.В., Булгакова Е.В., Шеховская С.Ю., Воронова Ю.В. *журнал БГНИУ*, 2008, с.42-48
18. Yuan W., Steffensen F.H., Nielsen G.L. et al. *Int. J. Gynecol. Obstet.* – 2000. – Vol. 68, № 2. – P. 113-118,
19. Zhang L.J., Zhou W.W. *Chinese Journal of Practical Gynecology and Obstetrics* – 2006. – Vol. 22. – № 10. – P.732-734.,
20. Zialeli S.M. *Gynecol. Obstet. Invest.* – 2002. – Vol. 54, № 1. – P. 6-10.,
21. Zilian W., Wenjie H., Ningning W. et al. *Journal of Sun Yat-Sen University (Medical Sciences).* – 2007. – Vol. 28. – № 5. – P. 578-581.,
22. Zhu L.R., Lu Y., Li H. *Maternal and Child Health Care of China.* – 2008. – Vol. 23, № 3. – P. 306-308
23. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23944685>
24. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9429872>
25. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20709858>
26. Исенова С.Ш. *Вестник КазНМУ*, 2019. 14-18с
27. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28392580>
28. Чиждова М.А., Беременность, роды и перинатальные исходы у женщин позднего репродуктивного возраста. Автореф. Дисс..., М. 2014г. 24с
29. Ситникова Л.Н., Лавлинская Л.И., *Электронный журнал «Вестник новых медицинских технологий*, 2008
30. Полунина Н.В., Доброхотова Ю.Э., Данелян С.Ж., Джобава Э.М., Гогичаев Т.К. *Журнал «Организация здравоохранения и общественное здоровье» №2*, 2013С.3-6.
31. Мухаметзянова Э.Х. Оптимизация акушерской помощи женщинам, рожаящим впервые, автореф.дисс... 2009 г, 20с.
32. Аюбова Т.К. *Электронный журнал «Социальные аспекты здоровья населения»*, 2010
33. Серова О.Ф., Седая Л.В., Шутикова Н.В. «Исходы беременности у женщин в старшем репродуктивном возрасте» автореф. Дисс... 2020, 24с.

REFERENCES

1. Medkov V.M. *Demografiya.* 2-e izd., 2008 (seriya «Vyissheebrazovanie») (GRIF); Infra-M; M. – 683 s
2. Callaway LK, Lust K, McIntyre HD *ObstetGynaecol.* 2005; 45; 6-12 R.
3. Biesiada L, Jaworska-Pietraszek J, Krajewski PZ *iwsp. KlinPerinatolGinekolog* 2006; 42: 48-52,
4. Cleary, R., Beard, R., Coles, J. et al. 2004, *Qual. Health Care*, 3, 3–10 R
5. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8178598/>, 1994g

6. <http://medical-diss.com/medicina/beremennost-i-rody-u-zhenschin-razlichnyh-vozrastnyh-grupp#ixzz6jLTaxlvv>
7. Mirsaidova M.U. Osobnostigestatsionnogoprotsessa, rodov, perinatalnyihishodov, poslerodovogoperiodailaktatsii u zhenschinpozdnegoreproduktivnogovozrasta: avtoref. diss. nasoiskanienauch. stepenikand. med. nauk: spets. «Akusherstvoiginekologiya» / M. U. Mirsaidova. – Dushanbe, 2004. – 19 s
8. Callaway LK, Lust K, McIntyre HD. *ObstetGynaecol* 2005; 45: 12-6,
9. Janeczko J, Mora-Janiszewska O, Ficek L. *Ginekol Pol* 2006; 77: 26-32
10. Ustun Y, Engin-Ustun Y, Meydanil M, Atmaca R, Kafkasli A. *J Turkish German GynecolAssoc* 2006;6:46-48
11. Witek A, Bojdzys-Szyndlar M. *PrzeGlMenopauz* 2006; 5: 306-10
12. Kravchenko M.A., Smirnova T.I. *Zhurnal FGBOU, SGMU*, 2016g., s.34-38
13. Markevich V. V, *Health of woman*. 2016.1(107):91–93.
14. RekomendatsiiEvropeyskogoobschestvakardiologovpovedeniyukardiovaskulyarnyihzabolevaniyovvremyaberemennosti, 2011 g. 214s.
15. Ecker JL, Chen KT, Cohen AP, Riley LE, Lieberman ES. *Am J Obstet Gynecol*. 2001 Oct;185(4):883-7.
16. Shan D, Qiu PY, Wu YX, et al. *Sci Rep*. 2018;8(1):12239. Published 2018 Aug 16.
17. Orlova V.S., Kalashnikova I.V., Bulgakova E.V., ShehovskayaS.Yu., VoronovaYu.V.*zhurnal BGNIU*, 2008, s.42-48
18. Yuan W., Steffensen F.H., Nielsen G.L. et al. *Int. J. Gynecol. Obstet.* – 2000. – Vol. 68, # 2. – P. 113-118,
19. Zhang L.J., Zhou W.W. *Chinese Journal of Practical Gynecology and Obstetrics* – 2006. – Vol. 22. – # 10. – P.732-734.,
20. Zialeli S.M. *Gynecol. Obstet. Invest.* – 2002. – Vol. 54, # 1. – P. 6-10.,
21. ZilianW., Wenjie H., Ningning W. et al. *Journal of Sun Yat-Sen University (Medical Sciences)*. – 2007. – Vol. 28. – # 5. – P. 578-581.,
22. Zhu L.R., Lu Y., Li H. *Maternal and Child Health Care of China*. – 2008. – Vol. 23, # 3. – P. 306-308
23. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23944685>
24. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9429872>
25. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20709858>
26. Isenova S.Sh. *VestnikKazNMU*, 2019. 14-18S
27. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28392580>
28. Chizhova M.A., *Beremennost, rodyiiperinatalnyieishodyi u zhenschinpozdnegoreproduktivnogovozrasta*. Avtoref. Diss..., M. 2014g. 24s
29. Sitnikova L.N., Lavlinskaya L.I., *Elektronnyyzhurnal «Vestnik novyih meditsinskih tehnologiy*, 2008
30. Polunina N.V., Dobrohotova Yu.E., DanelyanS.Zh., Dzhobava E.M., GogichaeV T.K. *Zhurnal «Organizatsiyazdravooхранeniyaiobschestvennoezdorove» #2*, 2013S.3-6.
31. Muhametzyanova E.H. «Optimizatsiyaakusherskoypomoschizhenschinam, rozhayuschimv pervyye», avtoref.diss... 2009g, 20s.
32. Ayubova T.K. *Elektronnyyzhurnal «Sotsialnyieaspektyizdorovyanaseleniya»*, 2010
33. Serova O.F., Sedaya L.V., Shutikova N.V. «Ishodyiberemennosti u zhenschin v starshem reproduktivnom vozraste» avtoref. Diss... 2020, 24 s.

РЕЗЮМЕ

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПЕРВОРОДЯЩИМ ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

П.С. Садыкова, Г.К. Каусова, А.Т. Медеуова, С.В. Першина, Ш.К. Сармудлаева

ГКП на ПХВ «Родильный дом №1»,
Казахстанский Медицинский Университет «ВШОЗ»
Казахстан, Алматы

Проблемы материнства и детства занимают ведущую позицию во всех странах мира. Казахстан так же столкнулся с проблемой снижения рождаемости и увеличением возраста первобеременных. В соответствии с рекомендацией Международной федерации гинекологии и акушерства (FIGO), женщина, будучи беременной впервые в возрасте 35 лет и более, считается «возрастной первородящей». Часто социальный и психологический статус совершенно не учитывается при оказании акушерской помощи, хотя такие женщины более требовательны и нуждаются в индивидуальном подходе к каждой, начиная с предгравидарной подготовки, ведением беременности, решением вопроса о методе родоразрешения и заканчивая послеродовым периодом. Следовательно, вопросы поставленные в начале работы, актуальны и требуют тщательного изучения.

Ключевые слова: акушерство, организация, помощь, первородящие старшего возраста, осложнения беременности, роды, оперативное родоразрешение.

ТҮЙІНДЕМЕ

КЕШ РЕПРОДУКТИВТІ ЖАСТАҒЫ БІРІНШІ БОСАНУШЫЛАРҒА АКУШЕРЛІК-ГИНЕКОЛОГИЯЛЫҚ КӨМЕКТІ ҰЙЫМДАСТЫРУДЫҢ КЕЙБІР МӘСЕЛЕЛЕРІ**П.С. Садыкова, Г.К. Каусова, А.Т. Медеуова, С.В. Першина, Ш.К. Сармулдаева**

«№1 Перзентхана» МҚК
Қазақстан медициналық университеті ҚДСМ
Қазақстан, Алматы

Ана мен бала проблемалары әлемнің барлық елдерінде жетекші орын алады. Сондай-ақ, Қазақстан бала туудың төмендеуі және бірінші жүкті болу жасын ұлғайту проблемасына тап болды. Халықаралық гинекология және акушерлік федерациясының (FIGO) ұсынымына сәйкес, 35 жастан асқан кезде алғаш рет жүкті болған әйел «ересекжастағы» болып саналады. Акушерлік көмек көрсету кезінде көбінесе әлеуметтік-психологиялық мәртебе толығымен есепке алынбайды, дегенмен мұндай әйелдер аса талапшыл және жүктілікке дайындықтан бастап, жүктілікті басқарудан бастап, босану әдісін шешіп, босанғаннан кейінгі кезеңмен аяқталатын әрқайсысына жеке көзқарас қажет. Сондықтан жұмыстың басында қойылған сұрақтар өзекті және мұқият зерттеуді қажет етеді.

Түйін сөздер: акушерлік, ұйымдастыру, көмек, үлкен жастағы босанушылар, жүктілік тіңасқынуы, босану, жеделбосану.